Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand)

Beitrag zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Johannes Müller
approb. Arzt aus Berlin

Tag der Promotion: 21. Januar 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

50

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Killian**

Referenten: Prof. Dr. **A. Köhler**

Prof. Dr. **Hildebrand.**

Bei Besprechung der pathologischen Anatomie des Ulcus ventriculi und seiner Folgeerscheinungen stellt Verfasser ein Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes bei dieser Erkrankung und eine große Zunahme der wegen Ulcus ventriculi vorgenommenen Operationen während der Kriegszeit fest. Letzteres soll auf den Eiweißmangel infolge ungenügender Ernährung zurückzuführen sein. Nachdem kurz auf die Symptome dieser Erkrankung und ihre interne Behandlung eingegangen ist, wendet sich Verfasser der Frage zu, ob die Gastroenterostomie oder die Resektion zu empfehlen sei. Als Nachteile der Gastroenterostomie werden der Circulus vitiosus, das Ulcus pepticum jejuni, das Nichtfunktionieren der neuen Anastomose und die karzinomatöse Entartung des zurückbleibenden Geschwürs besprochen. Verfasser hält das Entstehen eines Karzinoms auf der Grundlage eines Ulcus ventriculi für erwiesen und empfiehlt auch aus diesem Grunde radikal vorzugehen, um den Patienten nicht einer ungewissen Zukunft zu überantworten. Als Nachteil der Resektion wird die hohe Operationsmortalität erwähnt.

Unter den symptomatischen und therapeutischen Operationen nimmt die Gastroenterostomie den ersten Platz ein. Verfasser will sie nur bei narbiger Pylorustenose oder bei schweren Verwachsungen, hohem Alter oder sehr schlechtem Allgemeinzustand des Patienten angewendet wissen. Es empfiehlt sich dann die Gastroenterostomia retrocolica posterior nach von Hacker-Petersen anzulegen und anschließend eine mehrmonatliche Diät dem Patienten anzuraten. Die Erfolge der Gastroenterostomie bei narbiger Pylorustenose haben dazu geführt, den Pylorus künstlich zu verschließen. Unter den Okklusionsverfahren mit und ohne Eröffnung des Magenlumens hält Verfasser die Methode nach v. Eiselsberg zwar für eine eingreifendere, dafür aber, was das Dauerresultat anbetrifft, für eine unbedingt sichere Operation. Bei der Operation nach Wilms mit umgelegtem Faszinstreifen wurde z. B. nur in 50 % ein dauernder Verschluß des Pylorus beobachtet. Die Mortalität der Gastroenterostomie berechnet Verfasser nach dem Material der Hildebrandschen Klinik aus den Jahren 1914 bis 1920, 150 Fälle von Ulcus ventriculi umfassend, mit 5,6 %. Geheilt waren 54 %, gebessert 38,3 %. Bei Ulcus callosum betrug die Prozentzahl der Heilungen nur 27 %. Als plastische Operationen werden die Pyloroplicatio, die Gastroplastik, und die Gastrogastroanastomose besprochen. Letztere scheint die besten Resultate zu liefern. Drei in der Hildebrandschen Klinik mit Gastrogastroanastomose operierte Patienten gingen sämtlich in Heilung über. Die Finneysche Operation und die Faltungstamponade nach Roth werden dann kurz besprochen.

Unter den Radikaloperationen setzte man früher große Hoffnungen auf die Exzision des Ulcus. Verfasser verwirft sie wie die Mehrzahl der Autoren. Die Resektion dagegen hat heute die meisten Anhänger. Die Gesamtoperationsmortalität der Resektionen berechnet Verfasser mit 15,7 %. Aus der interessanten Statistik Troells, der die Mortalität der Resektion in den Jahren 1894 bis 1906 mit 20 % und von 1907 bis 1914 mit 8 % berechnet, ist ersichtlich, daß mit technischen Verbesserungen die Resektion mehr und mehr an Gefahr verliert. Die Spätmortalität der Gastroenterostomie erreicht nach Kloiber die primäre vollkommen, während sie bei der Resektion nur den sechsten Teil ausmacht. So wird der enfangs große Vorteil vollkommen wieder ausgeglichen. Wenn auch die Gefährlichkeit der Resektion nicht abgestritten werden soll, so ermutigen doch ihre Vorzüge, wie Entfernung des Geschwürs, Ausschaltung der karzinomatösen Entartung, die Seltenheit der Rezidive, die Verminderung des Ulcus pepticum jejuni und die sofortige Befreiung der Patienten von ihren Schmerzen, zur Vornahme der Operation. Außerdem haben $^4/_5$ der überlebenden Resektionsfälle gegen $^3/_4$ bei der Gastroenterostomie gute Dauerresultate. Nachoperationen kommen doppelt so oft nach der Gastroenterostomie als bei der Resektion vor. Die Methode der Resektion nach Billroth I zeigt gute Resultate, wenn auch präpylorische Sackbildungen und die Beschwerden des kleinen Magens beobachtet wurden. Die Kochersche Modifikation wird empfohlen. Auch mit der Methode nach Billroth II wurden gute Resultate erzielt. Die Mortalität betrug 26 %. Sämtliche überlebenden Fälle waren geheilt. Den ersten Platz unter den Radikaloperationen nimmt entschieden die zirkuläre Resektion nach Riedel ein. Mit ihr wird das Ziel jeder konservativen Methode, nämlich die Erhaltung von Form und Funktion des Magens erreicht. Verfasser berechnet die Mortalität mit 13 %, die Heilung mit 70 %. Die Modifikation nach Wilms, den peripheren Teil bei großen Substanzverlusten um 180° zu drehen, wird verworfen.

Von den Komplikationen des Ulcus ventriculi wird die Blutung und die Perforation besprochen. Bei der Blutung wird, wenn eine interne Behandlung ohne Erfolg bleibt, die Tamponade mit Uebernähung oder die Resektion empfohlen. Die Lokalanaesthesie nach Finsterer ermöglicht auch die heruntergekommensten Patienten zu operieren.

Bei der Perforation ist die Operation in den ersten 12 Stunden erforderlich, wenn sie Aussicht auf Erfolg haben soll. Auffallend ist die ganz überwiegende Beteiligung des männlichen Geschlechtes und die Zunahme dieser Komplikation während der Kriegszeit. Letzteres ist wieder auf die Kriegskost zurückzuführen. Die Uebernähung und die Hinzufügung einer Gastroenterostomie bei Sitz der Perforationsstelle am Pylorus ist als Normalmethode anerkannt. Dann wird die Bauchhöhle mit 20 bis 30 Liter heißer Kochsalzlösung ausgespült. Die Mortalität der Frühoperierten beträgt nur 10 %.